

Déficit de Atención con Hiperactividad

José Antonio LORA MUÑOZ
Inmaculada MORENO GARCÍA
Universidad de Sevilla

Resumen

Este estudio analiza la relación existente entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y distintos perfiles sociales, tanto a nivel descriptivo como predictivo. Para ello, se han evaluado a 150 alumnos (10-16 años) y 14 profesores, seleccionados aleatoriamente de 14 centros escolares. Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que los niños con sintomatología hiperactiva difieren de los alumnos controles en todas las variables de socialización, excepto en ansiedad social y timidez. El autocontrol social constituye la principal variable implicada en la disminución de la sintomatología hiperactiva. Asimismo, negativismo y retraimiento social acentúan los síntomas hiperactivos en los subtipos TDAH diferenciados (Subtipo déficit atencional y Subtipo combinado). Por último, el grupo con sintomatología combinada muestra comparativamente un perfil de socialización más desajustado, con elevado negativismo y escasa consideración hacia los demás.

Palabras clave: sintomatología hiperactiva, subtipos TDAH, socialización, trastorno negativista desafiante.

Abstract

This study analyzes the existing relation between attention-deficit hyperactivity disorder and different social profiles, as much at descriptive level as predictive. For it, 150 students (10-16 years) and 14 professors, selected randomly of 14 scholastic centers have evaluated themselves to. The obtained results have shown that the children with hyperactive symptoms differ from the students controls in all the variables of socialization, except in social anxiety and timidity. The social self-control constitutes the main variable implied in the diminution of the hyperactive symptoms. Also, oppositional and social retirement accentuate the hyperactive symptoms in differentiated ADHD subtypes (attention-deficit and combined Subtype). Finally, the group with combined symptoms shows a misadjusted profile of socialization comparatively more, with high oppositional and little consideration with the others.

Key words: Symptoms Hyperactive, Subtype ADHD, Socialization, Oppositional Defiant Disorder.

Dirección de los autores: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* imgarcia@us.es

Recibido: diciembre 2007. *Aceptado:* marzo 2008.

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es reconocido como una de las alteraciones psicológicas más frecuentes en la infancia y la adolescencia (Brown, 2003; Barkley, 2004). El DSM-IV-TR (APA, 2000) establece la prevalencia de la hiperactividad entre el 3% el 7% en población general, si bien, distintos estudios hallan porcentajes más elevados, oscilando entre el 4% el 12% de los niños (Barkley, 1998; Cardo, Servera y Llobera, 2007).

En este trastorno se diferencian tres subtipos principales: déficit de atención, hiperactividad-impulsividad y tipo combinado, respectivamente. No obstante, en los últimos años, el interés de la comunidad científica se ha centrado fundamentalmente en los tipos inatento y combinado (Baeyens, Roeyers y Walle, 2006), debatiéndose la cuestión de si se trata de dos subtipos diferenciados o si, en realidad, son parte del mismo trastorno (Hinshaw, 2001; Bauermeister, Matos, Reina, Salas, Martínez, Cumba y Barkley, 2005).

Por otro lado, la hiperactividad tiende a mostrar elevados porcentajes de comorbilidad con otros problemas infantiles, entre los que destaca su asociación con el trastorno negativista desafiante (TND) (Gadow, Drabick, Loney, Sprafkin, Salisbury, Azizian y Schwartz, 2004). En este sentido, Moreno (2005) señala a los problemas de conducta (conductas negativistas, desobedientes, agresivas verbales o físicas, o las relacionadas a delincuencia) como una de las dificultades que presenta mayor correlación con el trastorno hiperactivo. Así, los datos muestran porcentajes de asociación entre un 30-70% para niños hiperactivos comórbidos con TND o trastorno disocial (TD), manteniéndose un rango aproximado si la evaluación de la comorbilidad se hace desde el trastorno inverso, esto es, TND o TD (McMahon y Wells, 1998). Esta

asociación ha sido estudiada repetidamente con el objetivo de estudiar los términos en los que se establece. Un ejemplo de ello es el estudio longitudinal de Burns y Walsh (2002) en el que agruparon a los sujetos en base al subtipo TDAH y TND que presentaban. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que el factor hiperactividad-impulsividad puede predecir el negativismo, mostrándose estable esta relación a lo largo del tiempo (dos años) durante el cual se prolongó la investigación. De este modo, quedó en evidencia que elevadas puntuaciones en hiperactividad-impulsividad pueden predecir puntuaciones significativas en TND.

Desde otra perspectiva, los estudios realizados acerca de posibles factores de riesgo asociados al TDAH señalan que los problemas conductuales y sociales en la escuela constituyen los principales variables de riesgo vinculadas a este trastorno, tal como quedó de manifiesto en el estudio realizado por Cunningham y Boyle (2002). De esta forma, síntomas como una elevada actividad a temprana edad y un patrón persistente de conductas impulsivas, se relacionan posteriormente con los trastornos comórbidos TDAH y TND. Estos hallazgos han conducido al estudio de la relación entre conductas agresivas asociadas a la hiperactividad y su repercusión en las áreas sociales. En este sentido, Waschbusch, Pelham, Jennings, Greiner, Tarter y Moss (2002) obtuvieron información sobre las diferencias de respuesta a nivel conductual, cognitivo y fisiológico de estos niños, observando que las discrepancias entre los grupos TDAH y los TDAH-TND y/o TDAH-TD comórbidos se apreciaban en situaciones ambientales identificadas con niveles bajos de provocación. Distintos autores han subrayado el papel que desempeña el trastorno hiperactivo-atencional en la relación

entre agresividad y mal funcionamiento con iguales (Pope y Bierman, 1999; Moreno y Servera, 2002). Por otro lado, Frankel y Feinberg (2002) han hallado que comportarse agresivamente, tener dificultades para integrarse en nuevos grupos, presentar conductas negativas en clase y discutir con facilidad o no cumplir las reglas, son conductas frecuentemente observadas en los niños diagnosticados con TDAH.

De forma más concreta, los estudios que han valorado habilidades sociales específicas en el TDAH han mostrado que estos niños muestran patrones similares de respuesta social en contextos diferenciados, que requieren para su adecuada resolución, el desempeño de otros roles (Landau y Milich, 1988). Estas dificultades para adaptar sus respuestas a las demandas del ambiente son consideradas como un problema de comunicación social y ejercen una negativa influencia en sus iguales, al menos en el aspecto comunicativo, en el que los chicos clasificados con este trastorno tienden a mostrar un perfil desadaptado (Lora, 2007).

No obstante, otras investigaciones han obtenido evidencias acerca de que los niños TDAH suelen mostrar conductas prosociales, tienden a pasar mucho tiempo con sus amigos y demostrar un elevado interés por las relaciones interpersonales (Bauermeister, Whalen y Henker, 1992; Nixon, 2001). También se subraya que estos niños perciben la importancia y necesidad del apoyo social, observándose, por ejemplo, en la investigación de Demaray y Elliott (2001) correlaciones moderadas entre autoestima y conductas sociales positivas realizadas. Estos autores señalan la necesidad de no obviar la percepción que los propios niños tienen de sí mismos, dado que sus dificultades sociales y el rechazo social que suelen sufrir les afecta negativamente en autoestima y contribuye a

generar ideas de soledad, rechazo y tristeza (Li, Copeland, y Martin, 1995).

Así pues, teniendo en cuenta los hallazgos mencionados, relativos a la vinculación existente entre TDAH, TND y dificultades sociales, este estudio tiene como objetivo general analizar la tendencia a la hiperactividad y los perfiles sociales que muestran los alumnos en relación a la sintomatología hiperactiva. La consecución de este fin se concreta en objetivos específicos, son los siguientes: *a)* Analizar la relación existente entre sintomatología hiperactiva y perfiles de socialización y negativismo; *b)* precisar las diferencias entre distintos subtipos TDAH y el grupo control con respecto a las variables consideradas en esta investigación y *c)* determinar cómo influyen (incrementando o atenuando) las variables estudiadas en la sintomatología del TDAH.

Método

Sujetos

La muestra está formada por 150 sujetos, de edades comprendidas entre 10 y 16 años, escolarizados en centros públicos pertenecientes a un municipio del área metropolitana de Sevilla. Habiendo determinado el tamaño de la muestra final a obtener fueron seleccionados al azar 4 de los 12 centros educativos de Primaria y Secundaria existentes en la localidad, con el objetivo de extraer la muestra entre los cursos comprendidos entre 4º de Educación Primaria y 4º de Educación Secundaria. El procedimiento adoptado fue el siguiente: se unificaron todas las aulas de estos centros por etapas escolares, seleccionándose, mediante elección aleatoria sistemática, 7 aulas de cada etapa. Una vez conocidas las aulas, fueron seleccionados, mediante un listado aleatorio de números, 11 alumnos de

cada clase, número que representaban aproximadamente el 50% de los niños escolarizados en dichas aulas. Para su análisis, se agrupó la muestra en función del ciclo académico al que pertenecían los niños, quedando ésta finalmente integrada por 70 alumnos de Primaria (46,7%) y 80 de Secundaria (53,3%). De ellos, el 46,4% eran varones y el 53,6% chicas. También participaron 14 profesores, tutores de las aulas seleccionadas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados han sido los siguientes:

ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos, y Reid, 1998)

Se trata de un instrumento creado por DuPaul con la finalidad de valorar la presencia del TDAH en función de los criterios psiquiátricos del DSM-IV (APA, 1994) (DuPaul *et al.*, 1998). Existen dos versiones de esta prueba, para padres y profesores, en la que se diferencian dos subescalas, atencional y sobreactividad-impulsividad motora, respectivamente. Ello permite obtener tres valores: una puntuación global, que refleja la valoración general del trastorno en el niño evaluado y otros dos valores relativos, déficit atencional e hiperactividad-impulsividad, respectivamente. Esta escala ofrece cuatro alternativas de respuesta que oscilan entre “nunca o casi nunca” y “muy frecuentemente”. Cuenta, además, con baremos y está traducida al castellano (Bauermeister, 1997). Por último, cabe indicar que este instrumento forma parte del Protocolo de evaluación de la Unidad de hiperactividad de la Universidad de las Islas Baleares (Moreno y Servera, 2002).

Añadir, que, si bien es habitual que las puntuaciones de escalas de similares caracte-

rísticas se empleen para diagnosticar o clasificar a niños hiperactivos respecto a otros niños no hiperactivos (Eddy, Toro, Salamero, Espí y Cruz, 1997; Molina, Smith y Pelham, 2001; Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001), en este trabajo estos factores se consideran índices que muestran la tendencia de los distintos sujetos hacia la sintomatología hiperactiva; no se pretende, pues, diagnosticar a los niños. Asimismo, cabe indicar que, con el propósito de lograr un mayor ajuste a los objetivos establecidos en la investigación, sólo se tomaron en consideración dos de los tres factores que ofrece la escala, correspondientes a déficit atencional e hiperactividad-impulsividad, respectivamente.

Batería de socialización para niños y adolescentes, BAS-3 (Silva y Martorell, 2001)

Este instrumento permite elaborar un perfil de conducta social. Está dirigida a niños de 11 a 19 años aproximadamente e integrada por 75 elementos con dos categorías de respuestas (SI-NO), diferenciándose cinco factores que se reflejan en las siguientes subescalas: *Consideración con los demás (CO)*, *Autocontrol en las relaciones sociales (AC)*, *Retraimiento social (RE)*, *Ansiedad social/Timidez (AT)*, *Liderazgo (LI)*. Existe una sexta escala de *Sinceridad (S)* que, al igual que en las escalas de Sinceridad del EPQ (Eysenck y Eysenck, 1997), deben interpretarse como indicadores de inconformismo social, desconocimiento de normas sociales o incumplimiento de las mismas.

Listado de síntomas del DSM-IV para el Trastorno Negativista Desafiante.

La utilización del listado de síntomas del DSM-IV para la evaluación del negativismo ha sido valorado como un procedimiento

idóneo para detectar la sintomatología de dicho trastorno, mostrando buenas propiedades psicométricas y adecuada utilidad clínica (Collett, Ohan y Myers, 2003). Para su corrección, en este trabajo, se contabilizó la suma de la puntuación de los 8 ítems, asignando el valor de 0 (nunca o casi nunca) a 3 (muy frecuentemente) en función a la opción de respuesta (Amador, Forns y Martorell, 2001). Se tuvieron en cuenta las puntuaciones directas globales, obteniéndose, pues, la tendencia comportamental de los niños evaluados hacia la sintomatología negativista desafiante.

Con el fin de optimizar el trabajo de los profesores y neutralizar posibles efectos adversos, derivados de la falta de motivación o cansancio asociados a la necesidad de responder varias pruebas específicas para cada alumno, las cuestiones relativas al negativismo desafiante se insertaron en la hoja de respuesta de la escala *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul *et al.*, 1998).

Procedimiento

Una vez seleccionados los centros, obtenido el consentimiento de los mismos y solicitada la colaboración a los profesores implicados se administró a los alumnos la *Batería de socialización para niños y adolescentes, BAS-3* (Silva y Martorell, 2001). La aplicación de esta prueba se realizó en horario de recreo y se prolongó durante un tiempo aproximado entre 45 y 90 minutos, dependiendo de la edad de los niños participantes. Finalizada la evaluación de los estudiantes comenzó la administración de las pruebas mencionadas a los profesores a quienes, tras aclarar cuantas dudas plantearon, se les facilitó el instrumento referido anteriormente. Los docentes adquirieron el compromiso de entregar cumplimentado el cuestionario transcurrido un plazo máximo de dos semanas.

Resultados

Los resultados obtenidos se basan en la realización, en primer lugar, de un estadístico ANOVA y análisis a posteriori de Bonferroni, con el objetivo de analizar las diferencias de los perfiles psicológicos entre los tres grupos diferenciados en esta investigación. Con el propósito de valorar, entre las variables investigadas en este trabajo, aquellas que se relacionan significativamente con el aumento o disminución de la intensidad de los síntomas TDAH se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, teniendo en cuenta a los alumnos que puntuaban en las variables criterio a analizar. De este modo, quedaron excluidos los sujetos que puntuaban cero en dichas escalas. Las dos variables criterio analizadas se corresponden con la Puntuación directa en déficit atencional y en tipo combinado, respectivamente. Como variables predictoras, se han tomado en consideración la puntuación obtenida en negativismo, los valores hallados en las cuatro escalas de socialización (Consideración con los demás, Autocontrol social, Retraimiento social y Ansiedad social y timidez), así como sexo y etapa escolar en la que se encontraban los alumnos. Añadir que en todos los análisis de regresión efectuados se ha empleado el método por pasos sucesivos, usando como probabilidad de F de entrada 0,05 y como salida 0,1.

En primer lugar, los sujetos fueron agrupados en función de las puntuaciones obtenidas en *ADHD Rating Scale* (DuPaul *et al.*, 1998), considerando los siguientes criterios, recomendados por los propios autores y empleados en investigaciones previas (Cardo, Servera y Llobera, 2007):

- Grupo Déficit Atencional (DA): Puntuación en DA ≥ 90 y HI ≤ 80 .

- Grupo con sintomatología combinada (COM): Puntuación en DA $>Pc90$ y HI $>Pc80$.
- Grupo ajeno a sintomatología hiperactiva (CONTROL): Puntuación en DA $<Pc80$ y HI $<Pc80$.

A partir de la agrupación resultante de aplicar tales criterios se realizó en primer lugar, un ANOVA con el objetivo de conocer las diferencias existentes entre los tres grupos respecto a las variables consideradas en este estudio (tabla 1).

Con el propósito de obtener un análisis más específico de las relaciones anteriores se efectuó la prueba a posteriori de Bonferroni, que muestra de forma más detallada entre qué grupos específicos se observan las diferencias significativas (tabla 2). Concretamente, en relación a las variables TDAH, se comprueba como era de esperar, que los grupos inatento y combinado puntúan significativamente de forma más elevada que el grupo control. Destaca que el grupo combinado no puntúa por encima del inatento en Puntuación directa en

déficit de atención, tal como ocurre en otros estudios (Bauermeister *et al.*, 2005).

Respecto a negativismo, se aprecia una clara diferencia entre los grupos considerados en este estudio. Así, como muestra la figura 1, tanto los sujetos clasificados como tipo combinado e inatento se diferencian del grupo control. Destaca la elevada puntuación obtenida por el grupo combinado, llegando en este caso, casi a triplicar el valor obtenido por el grupo con déficit de atención.

Asimismo, en el área social, los niños agrupados en el tipo combinado presentan el perfil de socialización más desajustado, como se comprueba en la figura 1 donde, a excepción de la variable Ansiedad social y timidez, muestran las puntuaciones más desadaptadas. Los resultados obtenidos revelan que los alumnos con sintomatología combinada exhiben escasa preocupación por los demás y limitado autocontrol en las relaciones sociales, si bien, en esta variable su puntuación es similar a la obtenida por los sujetos clasificados como inatentos. Asimismo, en la variable Retraimiento social, si bien el grupo

Tabla 1. Medias, desviaciones tipo, y ANOVAS de las variables estudiadas en los tres grupos investigados.

<i>Variables</i>	<i>Control</i>		<i>DA</i>		<i>COM</i>		<i>F</i>
	<i>Media</i>	<i>(D.T.)</i>	<i>Media</i>	<i>(D.T.)</i>	<i>Media</i>	<i>(D.T.)</i>	
<i>Déficit atencional</i>	5,44	(4,07)	19,67	(2,92)	16,60	(7,97)	129,74*
<i>Hiperactividad-impulsividad</i>	3,24	(3,66)	8,00	(4,94)	21,50	(3,07)	181,23*
<i>Negativismo</i>	1,43	(2,61)	4,30	(4,59)	11,80	(4,50)	76,09*
<i>Consideración con los demás</i>	12,47	(1,80)	12,53	(1,53)	8,80	(2,55)	33,35*
<i>Autocontrol social</i>	10,71	(2,32)	8,60	(2,18)	7,95	(2,11)	18,02*
<i>Retraimiento social</i>	2,00	(2,01)	3,73	(1,86)	2,85	(3,48)	6,93*
<i>Ansiedad y timidez social</i>	4,75	(3,12)	5,57	(2,43)	3,40	(1,96)	3,49*
<i>Liderazgo</i>	6,84	(2,48)	7,27	(2,57)	6,90	(1,83)	0,35
<i>Sinceridad</i>	5,02	(1,99)	5,00	(2,13)	4,90	(2,00)	0,03

DA: Grupo con sintomatología atencional.

COM: Grupo con sintomatología combinada (atencional-hiperactividad/impulsividad).

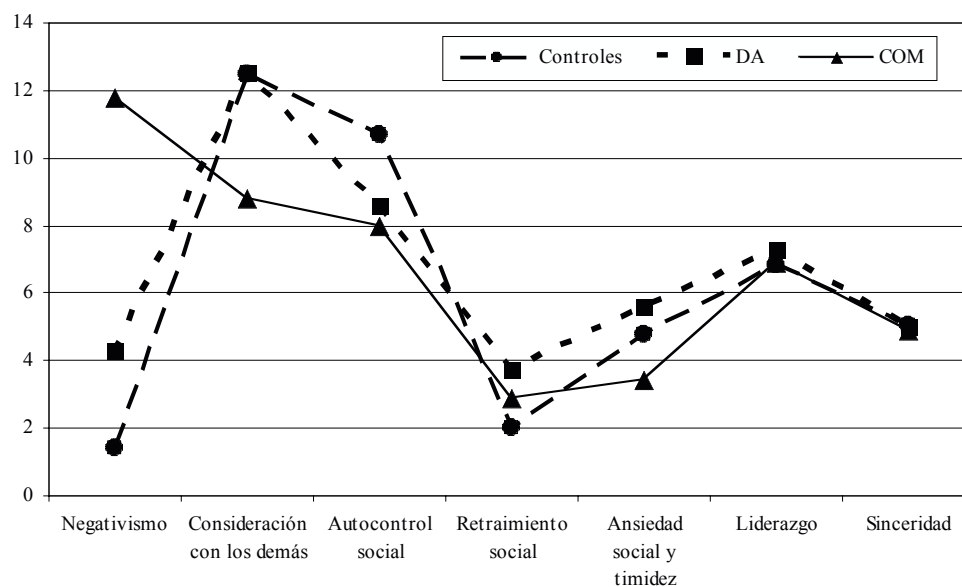
Tabla 2. Análisis a posteriori de las relaciones significativas halladas anteriormente, comparando los tres grupos estudiados ($p < 0,05$).

<i>Variables</i>	<i>GC-DA</i>	<i>GC-COM</i>	<i>DA-COM</i>
<i>Déficit atencional</i>	- 14,22*	- 11,16*	3,07
<i>Hiperactividad- impulsividad</i>	- 4,76*	- 18,26*	- 13,50*
<i>Negativismo</i>	- 2,87*	- 10,37*	- 7,50*
<i>Consideración con los demás</i>	- 0,06	3,67*	3,73*
<i>Autocontrol social</i>	2,11*	2,76*	0,65
<i>Retraimiento social</i>	- 1,73*	- 0,85	0,88
<i>Ansiedad social y timidez</i>	- 0,81	1,35	2,17*

GC: Grupo control.

DA: Grupo con sintomatología atencional.

COM: Grupo con sintomatología combinada (atencional-hiperactividad/impulsividad).



DA: Grupo con sintomatología atencional.

COM: Grupo con sintomatología combinada (atencional-hiperactividad/impulsividad).

Figura 1. Perfil de socialización y negativismo mostrado por los tres grupos estudiados.

inatento puntúa más que el combinado, no existen diferencias entre ambos, aunque sí se aprecian entre el primero y el grupo control. En la variable Ansiedad social y timidez, los niños que integran el grupo control no se diferencian de los alumnos del grupo inatento, si embargo éstos últimos sí discrepan de los integrantes del grupo combinado. Se observa, asimismo, que el grupo con déficit atencional muestra más ansiedad en reuniones y actos sociales, en oposición a lo hallado, en este caso, respecto al grupo combinado.

Los análisis de regresión efectuados han permitido extraer los resultados que pasamos a exponer a continuación. El análisis de regresión efectuado a partir de las puntuaciones obtenidas por los sujetos con síntomas de inatención ($n=22$), tomando como variable criterio la puntuación en déficit de atención, ha mostrado (tabla 3) que las cinco variables que componen la ecuación de regresión, Negativismo, Retraimiento social, Autocontrol

en las relaciones sociales, Sinceridad y Liderazgo explican el 40,6% de la varianza. En este caso, la constante de la ecuación queda establecida en 22,756.

De este modo, las variables Negativismo y Retraimiento social tienden a incrementar las puntuaciones en déficit de atención, mientras que Autocontrol social, Sinceridad y Liderazgo contribuyen a disminuirlas. Así pues, estos resultados revelan que observar autocontrol en las relaciones con los iguales y disponer de capacidad de liderazgo disminuye el déficit atencional. Sin embargo, bajas puntuaciones en dichas variables y elevada sintomatología negativista y retraimiento parecen contribuir a incrementar los síntomas de inatención.

Respecto a los alumnos que presentaban síntomas correspondientes al subtipo combinado ($n=30$), los resultados hallados en este trabajo muestran que las variables Negativismo, Retraimiento social, Autocontrol

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple para la puntuación en el grupo con sintomatología atencional.

<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>R²</i>	<i>Cambio en R²</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Negativismo</i>	0,581	0,191	0,191	31,864	p<0,001
<i>Retraimiento social</i>	0,980	0,342	0,151	35,063	p<0,001
<i>Autocontrol social</i>	- 0,891	0,360	0,018	25,615	p<0,001
<i>Sinceridad</i>	- 0,961	0,391	0,031	22,043	p<0,001
<i>Liderazgo</i>	- 0,493	0,406	0,015	18,912	p<0,001

Tabla 4. Análisis de regresión múltiple para la puntuación en el grupo con sintomatología combinada (atencional-hiperactividad/impulsividad).

<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>R²</i>	<i>Cambio en R²</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Negativismo</i>	1,715	0,488	0,488	125,978	p<0,001
<i>Retraimiento social</i>	1,316	0,575	0,087	89,487	p<0,001
<i>Autocontrol social</i>	- 1,201	0,593	0,018	64,669	p<0,001
<i>Sinceridad</i>	- 1,180	0,619	0,026	54,158	p<0,001

social y Sinceridad componen la ecuación de la varianza, logrando explicar un destacado 61,9% (tabla 4).

Así, al igual que en el caso anterior, vuelven a ser las puntuaciones elevadas en Negativismo y Retraimiento social las que tienden a aumentar las puntuaciones en este subtipo TDAH, mientras que las de Autocontrol social y Sinceridad contribuyen a disminuirlas.

De esta forma, a juzgar por los resultados obtenidos, los síntomas negativistas y los indicadores de aislamiento o retraimiento social acentúan la sintomatología TDAH, tanto para el subtipo atencional como para el combinado. Al parecer, el autocontrol y acatamiento de las normas sociales constituye una de las principales variables que contribuye a disminuir la puntuación en TDAH, apoyada por Sinceridad, subescala de la BAS-3 que evalúa la conformidad u oposición con las normas, además de su cumplimiento.

Discusión

Los resultados extraídos en este trabajo, respecto a las diferencias halladas entre los tres grupos en relación a la sintomatología propia del TDAH, muestran, como era de esperar y coincidiendo con las investigaciones revisadas (Gadow *et al.*, 2004), que los sujetos control obtienen las puntuaciones más bajas. Asimismo, en consonancia con estos autores, cabe indicar que la ausencia de diferencias significativas entre los grupos inatento y combinado en déficit de atención parece apoyar la concepción de que se trata de un único trastorno hiperactivo, en oposición a los argumentos que defienden posiciones divergentes (Bauermeister *et al.*, 2005).

Si se analizan las puntuaciones correspondientes a negativismo, el patrón que

muestran los datos obtenidos es similar al hallado en otras investigaciones (Bauermeister *et al.*, 2005), observándose que el mayor índice de alteraciones lo obtiene el subtipo combinado. Asimismo, llama la atención que el grupo atencional puntúe significativamente más alto en esta variable que el grupo control, hallazgo que contribuye a afianzar los planteamientos que aluden a las repercusiones adversas del trastorno hiperactivo-atencional, más amplias que las directamente causadas por su sintomatología (Moreno, 2008).

En relación al grupo inatento, con respecto al subtipo combinado, destaca la capacidad de empatía y respeto hacia los demás, los niveles más elevados de ansiedad observados en situaciones sociales y considerable nivel de retraimiento social, perfil que coincide con el hallado por investigaciones previas. A partir de resultados similares, Gadow *et al.* (2004) caracterizan a este subtipo con una menor capacidad asertiva e iniciativa social, factores que, en su opinión, contribuyen a que estos niños tiendan a retraerse y aislarse de sus compañeros. Sin embargo, conviene precisar que el perfil de socialización que muestran los resultados obtenidos en este trabajo no permite concluir, tal como afirman Carlson y Mann (2000), que los niños con problemas de inatención constituyan el grupo entre los que presentan sintomatología hiperactiva, con mayores problemas sociales.

Por otro lado, destaca el papel que desempeña el negativismo desafiante en la sintomatología hiperactiva. Como se ha indicado anteriormente, es ésta la primera variable que aparece en ambas ecuaciones de regresión aportando por sí misma gran parte de la varianza explicada, principalmente en lo que respecta al tipo combinado. La relación entre síntomas de hiperactividad-impulsividad e inatención y

negativismo ha sido ampliamente estudiada con el propósito de valorar bien si ambos forman parte de un mismo trastorno, o de analizar la relación casuística entre ellos (Burns y Walsh, 2002). Sin embargo, otras investigaciones han tratado de precisar la capacidad de predicción o influencia del trastorno hiperactivo sobre el trastorno negativista (Loeber, Green, Lahey, Frick, y McBurnett, 2000), objetivo inverso al planteado en esta investigación. En todo caso, tal como muestran los resultados extraídos en este estudio, existe una clara tendencia del negativismo a incrementar las puntuaciones del subtipo combinado. Sin embargo, hay que añadir que la influencia del trastorno negativista no se restringe a este subtipo ya que, como se ha indicado anteriormente, es un elemento muy destacado en la predicción de las puntuaciones del déficit de atención.

Respecto a las variables sociales cabe destacar, según los datos extraídos, la repercusión negativa que ejerce el Retraimiento social en la capacidad atencional de los menores. Moroi (1987) y Neto (1992), aluden a la autoestima de los niños para explicar tal relación, indicando que inadecuadas habilidades sociales perjudican la autoestima, circunstancia que, a su vez, parece influir de manera adversa en la capacidad atencional. Asimismo, el efecto positivo que sobre la sintomatología del trastorno hiperactivo generan las variables facilitadoras sociales (Autocontrol social, Sinceridad y Liderazgo), constatado en los datos obtenidos y coincidente con los hallazgos de investigaciones previas (Gadow *et al.*, 2004), pudiera quedar explicado si se considera que estas variables aluden a cuestiones y aspectos que contribuyen a facilitar la integración de los alumnos en sus respectivos grupos.

Por último, a partir de los resultados obtenidos, parece oportuno indicar la idoneidad

de plantear, en el marco de los tratamientos psicológicos administrados a niños con trastorno hiperactivo-atencional, objetivos sociales e iniciativas terapéuticas encaminadas a aminorar los déficit específicos que en el ámbito social muestran los grupos estudiados, tal como queda de manifiesto en este trabajo. Específicamente, se plantea la conveniencia de desarrollar programas de intervención para fomentar habilidades de solución de problemas orientadas al incremento de iniciativa social y mejora de las capacidades de autocontrol. El progreso de los niños en estas áreas repercutirá favorablemente en su adaptación social y estimulará, posiblemente, su implicación en el tratamiento, tal como han planteado Hoza, Gerdes, Hinshaw, *et al.*, (2004).

Para finalizar, añadir que a partir de los datos obtenidos es posible plantear las siguientes conclusiones:

1. La sintomatología hiperactiva se relaciona significativamente con negativismo y socialización.
2. Las diferencias entre ambos grupos de niños diferenciados según la sintomatología más destacada (*Deficit Atencional/Combinado*) es clara respecto al negativismo por un lado, y sensibilidad y timidez social por otro. Ambas variables son más acusadas en los niños con síntomas atencionales, si bien el negativismo parece más influyente en los alumnos del grupo combinado.
3. El grupo con sintomatología combinada muestra comparativamente un perfil de socialización más desajustado. Elevado negativismo y escasa consideración con los demás.
4. El grupo de alumnos con sintomatología atencional muestra elevada sensibilidad social, retraimiento y timidez en las relaciones sociales.

5. Los niños con sintomatología hiperactiva difieren de los controles en todas las variables de socialización, excepto en ansiedad y miedo asociado a las relaciones sociales.
6. *Negativismo y Retraimiento social* acentúan la sintomatología hiperactiva en ambos grupos (*Deficit Atencional / Combinado*).
7. La variable *Autocontrol*, acatamiento de normas sociales constituye el principal factor implicado en la disminución de la sintomatología hiperactiva.

Referencias

- Amador, J.A., Forns, M. y Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32(1), 51-66.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorder*, 4.^a Ed. (DSM-IV-TR). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Baeyens, D., Roeyers, H. y Walle, J.V. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36(4), 403-417.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment* (2^a Ed.). Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), 39-56.
- Bauermeister, D., Whalen, C. y Henker, B. (1992). Pro-social behaviour in hyperactive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 103-121.
- Bauermeister, J. (1997). *El niño desafiante*. Nueva York: Guilford.
- Bauermeister, J., Matos, M., Reina, G., Salas, C.C., Martínez, J.V., Cumba, E. y Barkley, R.A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of latino/hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166-179.
- Brown, T.E. (2003). *Trastorno por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Burns, G.L. y Walsh, J.A. (2002). The influence of ADHD-hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), 245-256.
- Cardo, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1), 10-14.
- Carlson, C.C. y Mann, M. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 499-510.
- Collett, B.R., Olan, J.L. y Myers, M. (2003). Ten-year review of rating scales. VI: scales assessing externalizing behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1143-1170.
- Cunningham, C.E. y Boyle, M.H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional

- defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 555-569.
- Demaray, M.K. y Elliott, S.N. (2001). Perceived social support by children with characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 16(1), 68-90.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. Nueva York: Guilford Press.
- Eddy, L., Toro, J., Salameiro, M., Espí, E. y Cruz, M. (1997). Estudio de prevalencia del trastorno de hiperactividad en niños de 7-8 años. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 54(6), 261-267.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1997). *Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Madrid: TEA.
- Frankel, F. y Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(2), 125-145.
- Gadow, K.D., Drabick, D.A.G., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A. y Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1135-1149.
- Hinshaw, S.P. (2001). Is the inattentive type of ADHD a separate disorder? *Clinical Psychology Science and Practice*, 8(4), 498-501.
- Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Abikoff, H.B., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J.M. y Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382-391.
- Landau, S. y Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 69-81.
- Li, C., Copeland, E.P. y Martin, J.D. (1995). Peer relations of children in Taiwan with characteristics of ADHD. *School Psychology International*, 16, 379-388.
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Frick, P.J. y McBurnett, K. (2000). Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the Developmental Trends Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(1), 37-60.
- Lora, J.A. (2007). *Prevalencia y perfiles psicológicos de los subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una propuesta de intervención*. Universidad de Sevilla. Tesis doctoral no publicada.
- McMahon, R. y Wells, K. (1998). Conduct problems. En E.J. Mash y R.A. Barkley, (Dir.), *Treatment of childhood disorders (2ª Ed.)* (págs. 111-207). Nueva York: Guilford Press.
- Molina, S., Smith, B.H. y Pelham, W. (2001). Factor structure and criterion validity of secondary school teacher rating of ADHD and ODD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 71-82.
- Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. y Servera, M. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (Coord.),

- Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (págs. 217-253). Madrid: Pirámide.
- Moroi, K. (1987). Loneliness and self-consciousness in high-school students. *Japanese Journal of Psychology*, 56(4), 237-240.
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 20(1), 15-21.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(4), 172-179.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. y Castellanos, F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
- Pope, A.W. y Bierman, K.L. (1999). Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: The relative roles of aggression and dysregulation. *Developmental Psychology*, 35, 335-346.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (2001). *BAS-3. Bateria de socialización (para padres y profesores)*. Madrid: TEA.
- Waschbusch, D.A., Pelham, W.E., Jennings, J.R., Greiner, A.R., Tarter, R.E. y Moss, H.B. (2002). Reactive aggression in boys with disruptive behavior disorders: Behavior, physiology, and affect. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 641-656.